

Ленко Н.М., Жуков В.І., Островська Л.Й.

Українська медична стоматологічна академія

ВИКОРИСТАННЯ „ПОФІСОРБ® ДЕНТА” ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА

Поширеність хвороб пародонту серед дорослого населення становить 85-90% [1], причому гінгівіт і пародонтит складають 92-95%.

На сьогодні відомо безліч способів лікування пародонтиту. В комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта місцево застосовують різноманітні засоби – антибіотики, протизапальні препарати нестероїдного ряду та імуностимулюючі препарати тощо. У зв'язку із збільшенням ускладнень алергічного та мітотичного походження клініцисти надають перевагу препаратам рослинного походження. Нами випробуваний в якості лікування препарат на основі рослинної сировини „Пофісорб® дента” (ПСд).

ПСд – нова лікарська форма у вигляді пасти, що являє собою сполуку поліфепану (лігніна гідролізного, отриманого з використанням електроосмосу), „навантаженого” НКМ™ „кам'яним маслом” (біогенний імуномодулятор, синонім біле мумію).

У стоматологічній практиці до цього часу ПСд не використовували.

Мета роботи – визначення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту в осіб молодого віку з використанням ПСд

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 40 осіб (від 23 до 32 років), хворих на хронічний катаральний гінгівіт легкого та середнього ступенів тяжкості.

Діагноз був верифікований на основі класифікації хвороб пародонта М.Ф.Данилевського (1994р.). Клінічне обстеження хворих проводили згідно загальноприйнятої схеми. Також визначали гігієнічний індекс (ГІ) за Грінном-Вермільйоном, пробу Шиллера-Писарева, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА). Усі хворі були розподілені на дві групи і рандомізовані за віком та ступенем тяжкості гінгівіта.

До складу I групи (контрольної) ввійшли 16 осіб, середній вік $27 \pm 0,5$. У складі комплексного лікування їм місцево на ясна накладали пасту, до складу якої входили 5% метилурацилова мазь, біла глина і водний дентин у співвідношенні 1:1 у вигляді твердіючої пов'язки.

Хворим II групи (24 особи, середній вік $30 \pm 0,7$) для місцевого лікування використовували „Пофісорб® дента” у вигляді пов’язки (аплікаційний спосіб). Комплексне лікування хронічного катарального гінгівіту у хворих обох груп включало усунення місцевих подразнюючих факторів, ротові ванночки ротоканом, накладання на ясна вищезазначених пов’язок. Для всіх хворих обов’язковими були рекомендації щодо раціонального режиму дня, повноцінної дієти, правильного догляду за порожниною рота, пальцевого масажу ясен.

Оцінка ефективності дії ПСд у хворих на хронічний катаральний гінгівіт проводилась після закінчення лікування.

Результати дослідження. При обстеженні хворих на хронічний катаральний гінгівіт легкого та середнього ступенів тяжкості, яким у комплексі лікувальних засобів застосовували метилурацилову мазь (I група) і „Пофісорб® дента” (II група) у вигляді пов’язок на ясна було відмічено, що у них зникли скарги на кровоточивість ясен, останні стали блідо-рожевого кольору, щільно охоплювали шийки зубів. Однак, кількість відвідувань у хворих I групи була у 1,6 рази більшою, ніж у другій, де місцево використовували „Пофісорб® дента”.

Стан гігієни порожнини рота, який оцінювали за ГІ Гріна-Вермільона, значно покращився після лікування у всіх хворих. Так, у хворих I групи ГІ зменшився у 5 разів, у хворих II групи – у 6 разів ($p < 0,05$).

Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс за Рамта, за допомогою якого оцінювали ступінь запальних процесів в яснах, після лікування у хворих обох груп дорівнював нулю.

Таким чином, у хворих на хронічний катаральний гінгівіт, яких лікували ПСд, покращився стан гігієни порожнини рота, регресували запальні явища в яснах, скоротилися строки терапії в 1,6 рази в порівнянні з використанням метилурацилової мазі.

Дослідження тривають.

Література:

1. Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К.: Здоров’я, 2000. – С. 143-403.
2. Петрова Е.В. Апликационные сорбенты: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Тверь, 1993. - 21с.

3. Иванова Н.В. Эффективность использования мирамистина, иммобилизованного на полисорбе, в комплексном лечении заболеваний пародонта // Современная стоматология. – 2002. - №2. – С.45-47.

4. Жуков В.И., Сердобольский Е.Н., Гольменко А.Д. Принципы конструирования новых лекарственных препаратов и БДА на основе природных энтеросорбентов // Материалы VI Международного симпозиума „Биологически активные добавки в пище и проблемы оптимизации питания”. – Сочи, 2002. – С. 17-19.

Кадук В.К., Самарец Э.Ф., Погребной Г.С., Кравченко В.А.,

Можасв Д.Г., Лукьяненко В.Н.

Верхнеднепровская центральная районная больница,

Днепропетровская областная больница им. Мечникова,

Криворожская городская больница № 16

РАННЯЯ СПАЕЧНАЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

За последние 15 лет под нашим наблюдением находилось 26 больных с ранней спаечной послеоперационной кишечной непроходимостью кишечника. По нашим данным ранняя спаечная непроходимость кишечника возникала после аппендэктомии у 11-ти больных (42,3%), после операции по поводу илеуса у 7-и (26,9%), после гинекологических операций у 4-х (15,4%), после операций по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки у 1-го (3,85%), после закрытой травмы живота и прочих вмешательств у 3-х больных (11,55%). Ретроспективный анализ историй болезни показал, что в большинстве наблюдений имелись трудности в постановке диагноза ранней спаечной непроходимости кишечника. Все же по нашему убеждению главным моментом в своевременной постановке диагноза являлась клиническая картина. При этом важно уловить ранние признаки непроходимости, не дожидаясь всей картины илеуса, когда диагноз становится ясным, а помощь запоздалой. Больные с ранней спаечной послеоперационной непроходимостью были разделены на три группы. Наши наблюдения показали, что развитие ранней спаечной непроходимости кишечника может протекать по-разному.